

Pathogénie et traitement
des
Hématuries rénales dites essentielles

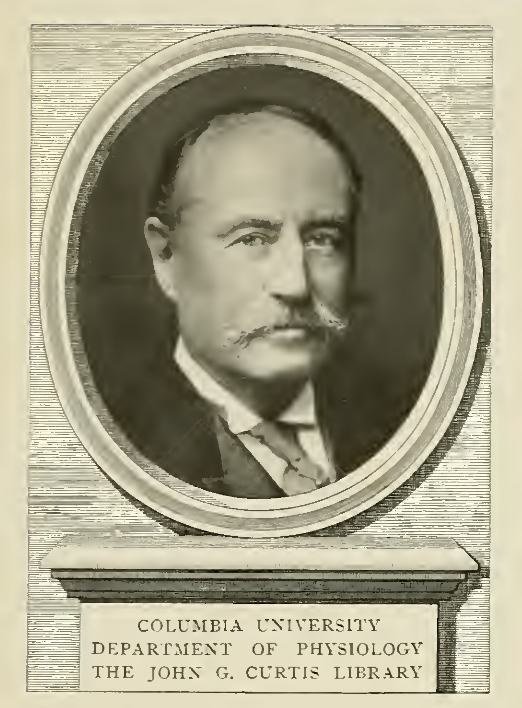
Mémoire accompagné d'une lettre de

M. le Dr ALBARRAN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux de Paris

PARIS
JOUVE & BOYER
15, Rue Racine, 15

1899


COLUMBIA UNIVERSITY
DEPARTMENT OF PHYSIOLOGY
THE JOHN G. CURTIS LIBRARY

Dr Raphaël ROBINSON



Pathogénie et traitement des Hématuries rénales dites essentielles

Mémoire accompagné d'une lettre de

M. le Dr ALBARRAN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Chirurgien des Hôpitaux de Paris



PARIS
JOUVE & BOYER
15, Rue Racine, 15

1899

A M. LE DOCTEUR ADOLPHE BONNET

Hommage de vive reconnaissance.

R. R.

J'avais prié M. le professeur Charrin de vouloir bien me dire son opinion sur ce petit travail. Je lui adresse tous mes remerciements pour ses paroles encourageantes.

M. le professeur Albarran m'a autrement obligé en m'écrivant une lettre étendue dans laquelle ce maître en urologie met en lumière sa manière de voir, dans l'importante question que je traite dans ce mémoire. Je ne saurais trop l'en remercier, d'autant que c'est une vraie collaboration précieuse qu'il a bien voulu m'accorder.

Je m'empresse ici d'exprimer toute ma gratitude à tous les maîtres de l'Ecole française et en particulier à M. le professeur P. Marie, qui n'ont cessé de m'aider et de me guider toutes les fois que j'ai eu recours à leurs bons conseils.

Dr R. Robinson,

PATHOGÉNIE ET TRAITEMENT

DES

HÉMATURIES RÉNALES

DITES ESSENTIELLES

Au dernier congrès français de chirurgie, la question des hématuries rénales essentielles a été discutée par MM. Demons, Picqué etc., au point de vue du traitement. MM. Albarran et Tuffier en ont parlé incidemment dans leurs communications sur les indications de la néphrotomie.

Il paraît résulter de tout cela que cette dernière opération serait toujours suffisante à enrayer les hémorrhagies. Quant aux cas où l'on a dû faire la néphrectomie, ils ne ressortiraient pas évidemment à la catégorie des néphrorrhagies dites essentielles, attendu que l'on a pu constater des lésions plus ou moins importantes dans les reins enlevés. Ajoutons que, de l'avis même de ces chirurgiens, la néphrectomie est pleine de dangers, puisque en général, les deux reins sont en même temps plus ou moins atteints. M. Picqué a été même un peu plus loin en avançant que le

traitement médical était souvent capable d'arrêter une hématurie et que la néphrotomie, quoique moins dangereuse, n'avait que des indications exceptionnelles.

Vu l'actualité de la question et ayant quelques expériences personnelles, nous nous sommes proposé d'étudier cette question d'hématuries rénales dites essentielles, particulièrement au point de vue pathogénique et thérapeutique.

I

En quoi consistent ces hématuries ? — On les rencontre aussi bien chez les jeunes que chez les personnes âgées, qui ne pourraient avoir aucun antécédent ayant un rapport direct avec cette hémorrhagie.

Elles surviennent subitement sans cause connue, parfois à la suite d'une fatigue, en plus ou moins grande quantité. L'urine devient rouge foncée, couleur porto ou malaga, presque noirâtre. A l'examen microscopique on constate les globules rouges plus ou moins altérés, mais en général, aucun élément rénal.

Les malades accusent rarement une douleur plus ou moins vive, mais ils ne présentent aucune réaction fébrile. Le médecin consulté n'hésite pas un moment à administrer les divers hémostatiques connus, qui loin de diminuer l'hémorrhagie, prolongent leur durée, déter-

minent une insuffisance gastrique, voire même une fièvre plus ou moins accentuée.

Ces hématuries se terminent souvent spontanément, et leur disparition est aussi brusque et inexplicable que leur apparition.

Quelle est la pathogénie de ces hématuries ? D'où viennent-elles et comment s'en vont-elles ? Ce sont des points obscurs dont la physiologie pathologique n'est pas encore faite, d'autant plus que leur anatomie pathologique est souvent muette, du moins d'après la plus grande majorité des auteurs qui s'en sont occupés. M. Guyon croit que c'est une manifestation observée chez certains sujets prédisposés, mais il n'explique pas la cause immédiate de ces congestions.

Pour résoudre cette dernière question, nous devons avoir recours aux deux moyens rationnels, à savoir : procédé expérimental et clinique.

Du premier, nous n'avons pas encore une acquisition bien précise, sinon que certains poisons et certaines toxines peuvent déterminer des hémorrhagies en général et de l'hématurie en particulier. En outre nous savons que chez les gens biens portants en apparence, il peut y avoir des troubles continuels de nutrition qui peuvent produire à la longue chez ces individus le processus de sclérose, de friabilité vasculaire, etc.

On connaît déjà l'action sur le sang de certains poisons tels que les sulphydrates, le nitrite d'amyle, l'acide picrique, le phénol, l'arsénic, etc. On a étudié dernièrement l'action anticoagulante sur le sang des peptones, d'une matière fabriquée par le foie, du sérum

d'anguille. Le sang décalcifié d'après le procédé d'Arthus devient non spontanément coagulable (1).

Charrin a démontré dans ces dernières années l'action hémorrhagipare de certaines toxines que les divers micro-organismes même les plus vulgaires, tel l'*aureus*, peuvent fabriquer. « Ces toxines, dit-il, ont une action sur les parois vasculaires, le sang, la pression etc., dès lors leurs propriétés hémorrhagipares ne doivent surprendre personne (2) ». M. Rendu qui a beaucoup étudié le purpura, maladie hémorrhagipare par excellence, admet volontiers cette explication du moins en ce qui concerne les hémorrhagies cutanées (3).

II

Voici maintenant quelques faits cliniques, observés dans notre pratique privée, que nous citons pour la facile intelligence de la question.

Obs. I. — Jeune homme, 18 ans, habituellement bien portant. Le père et une sœur morts de la tuberculose. A la suite d'une fatigue il a une *hématémèse*. L'estomac est un peu sensible, température normale. Au bout de trois jours, l'hématémèse disparaît. Elle est remplacée par un *épistaxis* abondant et des taches *purpuriques* sur le corps et aux mem-

1. Arthus, *Chimie physiologique* 2e édition, page 101.
2. Charrin, *Leçons de pathogénie appliquée*, 1897, page 205.
3. Rendu. Leçon clinique, *Semaine méd.* 1898, pages 233-234.

bres inférieurs. Au moment où ces dernières hémorrhagies tendent à disparaître, le patient commence à uriner du sang. Au bout d'un mois le malade guérit, et il se porte parfaitement bien depuis cette époque (1892).

Obs. II. — Homme de 60 ans, vétérinaire, vient me consulter en 1893 pour une hématurie accompagnée de fortes douleurs dans les reins. Il présente en même temps des taches purpuriques sur le corps, ce qui amène un confrère allemand à le diagnostiquer comme « Maladie de Werlhof. » Un autre praticien trouvant un gros testicule, le prend pour une tumeur maligne et croit à l'existence d'un néoplasme pareil dans la vessie. En examinant de près, je constate chez le malade des gencives saignantes et la chute consécutive de quelques dents. En revanche, je ne trouve rien du côté de la vessie, je soumets mon vétérinaire à un régime lacté et je lui fais prendre de l'eau de Tchitli (eau légèrement alcaline de Brousse, Asie-Mineure) en grande quantité. Le malade guérit de toutes ces hémorrhagies et je viens d'être informé qu'il se porte encore parfaitement bien.

Observation III. — Homme de 52 ans, appartenant à une famille hémophilique. Chez cet homme que nous avons longtemps suivi avec mon vénéré confrère Zambaco-Pacha. nous trouvons : 1° *épistaxis* incoercible, 2° *rectorrhagie*. 3° *hémoptysie*, 4° *hématurie*. Aucune médication n'influençait les hémorrhagies, elles venaient et s'en allaient spontanément. Cet homme ayant succombé à la suite d'une affection cérébrale, j'ai ouvert le crâne et j'ai trouvé un gros cerveau parcouru par des vaisseaux énormément dilatés, et constitué par une mince écorce contenant une bouillie de substance puriforme puante. Seraient-ce également des hémorrhagies répétées ayant entraîné à la fin cette énorme altération ?

L'examen microscopique, fait un peu tardivement par mon ami Lardy (de Genève), n'a pu nous éclaircir sur ce point.

Voilà trois cas où nous trouvons l'hématurie à côté d'autres hémorrhagies. D'après les classiques, le premier est un type de *purpura*, le second du *scorbut* et le troisième de *l'hémophilie*. Mais qu'est-ce que nous disent ces noms qui cachent en réalité notre ignorance en ce qui concerne leur pathogénie ? Pourquoi ne pas admettre plutôt que ces divers états pathologiques ressortissent à une cause générale et que ces hémorrhagies sont la conséquence de l'action des poisons de différentes origines sur les vaisseaux altérés de certains individus prédisposés ? Nous avons déjà expliqué ce que nous entendions par le mot de poison, nous allons étudier plus loin ce que nous voulons dire par le mot *prédisposition*. Revenons pour le moment à la question des hématuries essentielles.

III

Hamel, dans sa thèse (1) les divise en six classes de la manière suivante :

1° Hématurie avec néphroptose
2° » avec névralgie

1. Hamel, *Thèse de Paris*. 1897 n° 432.

3° Hématurie hémophilique
4° » purpurique
5° » avec albuminurie
6° » essentielle pure.

Analysons ces différentes espèces d'hématuries.

L'hématurie avec néphroptose a son étiologie spéciale : La dislocation de l'organe peut déterminer sa congestion et produire une hémorrhagie.

L'hématurie avec albuminurie doit être rattachée aux néphrites, car à côté de l'albumine il y a des éléments rénaux dans l'urine. L'existence d'une névralgie doit faire soupçonner la gravelle ou certaines néphrites ainsi que Le Dentu l'a observé dans un cas (1), ou la formation de caillots dans l'artère, comme je l'ai observée chez le vétérinaire (obs. II) Quant à l'hémophilie et au purpura, ces processus morbides représentent un état général de l'organisme ou à côté de l'hématurie il y a d'autres hémorrhagies.

Reste l'hématurie essentielle dans laquelle on ne trouve aucune lésion rénale. J'en ai observé deux cas que je vais rapporter ici brièvement et d'où je vais tirer les déductions qu'ils comportent.

Obs. IV. — Homme de 48 ans. Signes de *rachitisme* aux jambes et à la colonne vertébrale dont il serait affecté depuis son enfance. Fièvre intermittente et blennorrhagie, il y a plus de 20 ans.

A la suite d'une marche exagérée, il commence à uriner du sang. Etat général normal, pas de douleur locale. Le pre-

1. *Communication au Congrès de Chirurgie*, 1898, oct.

mier médecin consulté examine la vessie par le cathétérisme et ne trouve rien. Il prescrit des astringents et des vaso-constricteurs (tannin,ergot).

L'hématurie continuant, deux chirurgiens sont consultés simultanément. Ils croient être en présence d'une hématuturie provenant d'un néoplasme vésical et proposent de faire une taille. Le malade n'y consent pas et vient me consulter. Après un examen minutieux, je conclus à une hématurie rénale. Je prescris au malade le repos et l'eau de Djir-djir (1) en boisson additionnée de 20-30 grammes de lactose. Guérison au bout de trois jours de traitement.

L'année suivante l'hématurie ayant reparu, le malade fait le même traitement avec succès. Depuis cette époque (1890) il est complètement guéri.

Obs. V. — Jeune homme 19 ans, israélite, névropathe, *rachitique* au plus haut degré avec diverses incurvations osseuses et manifestations dentaires énormes. Il habite Izmid (pays marécageux), mais il prétend qu'il n'a jamais souffert de fièvre intermittente. Depuis 1894, il est atteint d'une hématurie que les médecins du pays n'ont pas pu arrêter. Urine noirâtre contenant des globules rouges altérés. Un chirurgien de Constantinople croit avoir constaté un calcul dans la vessie et il lui propose une opération. Le malade s'y refuse et vient me demander conseil. Malgré une exploration attentive, je ne trouve pas trace de pierre, et je crois qu'il s'agit tout simplement d'une hématurie rénale.

Fort de mon observation précédente, j'applique le même

1. Cette eau se trouve au Haut-Bosphore (Constantinople) et contient d'après une analyse faite par un chimiste de Paris du gaz carbonique, du silicate de chaux et une petite quantité de fer.

traitement à mon jeune malade en le dirigeant sur le Bosphore. Au bout de 23 jours, disparition complète du sang.

Depuis j'ai eu l'occasion de voir mon malade qui venait tous les ans faire son pèlerinage à la source de Djir-djir et j'ai constaté que la guérison était complète.

Mes confrères de Constantinople m'ont communiqué des cas semblables, mais je ne rapporte ici que les miens propres.

IV

Quel enseignement pourrions-nous tirer de ces faits ? — C'est que nous sommes en présence de deux individus dont la nutrition est loin d'être normale depuis leur enfance. Ils sont des *rachitiques*, sont soumis à une dénutrition continuelle. Œchsner de Coninck a prouvé (1), après des recherches d'une patience exemplaire, que les rachitiques éliminent des quantités relativement énormes de sels de chaux et de chlorures, et que la nutrition, les oxydations sont considérablement ralenties chez eux. Or, de cette décalcification résulte la lésion osseuse, ses incurvations, sa fragibilité. Et puisque tous les éléments de l'organisme sont plus ou moins intéressés dans cette nutrition défec-

1. Comptes-rendus de l'Académie des Sciences, 1896-97-98. — Voir aussi une communication de Babeau, *ibid.*

tueuse, le sang sera aussi décalcifié, d'où la perte de coagulabilité d'après l'expérience d'Arthus. Ajoutons à cet état morbide général le surmenage du rein qui sera forcé d'éliminer une plus grande quantité de divers sels, il fera faillite certainement un jour comme son collaborateur, l'os. La clinique nous en donne chaque jour de nouvelles preuves. N'est-ce pas que des hémorragies contemporaines ou simultanées s'observent dans le rachitisme aigu, ou maladie de Barlow? Tout récemment, un confrère suisse, le Dr Johannes Seitz (de Zürich) publiait un cas dans lequel l'hématurie accompagnait l'hémorragie périostée chez un enfant de 10 mois (1). Dans l'urine de tous ces malades, on ne trouve rien pour conclure à l'existence d'une néphrite, sauf un peu d'albumine qui n'est pas constante et qu'il est difficile de distinguer de l'albumine du sang. En revanche, on constate la présence de plusieurs espèces de micro-organismes, à savoir : streptococcus, colibacille, tétrades, staphylocoque, etc. D'où il serait plus naturel de conclure que les toxines produites par ces bactéries ont dû causer l'hémorragie d'un organe particulièrement exposé, du rein dans l'espèce.

Ce qui arrive à un rachitique, pourrait également arriver à un arthritique, à un hérédo-syphilitique, ou à un hérédo-tuberculeux, à un diabétique, etc. Car il est bon à rappeler que toutes ces maladies, étudiées au point de vue de chimie biologique, pèsent particulière-

1. *Correspondenz-Blatt für Schweizer terzte*, 1893. November 15, pages 678-684.

ment sur le système rénal, qui surmené continuellement finit par *pleurer rouge*, quand pour comble de malheur, il subit à un moment donné l'attaque d'un poison microbien. La clinique, à défaut d'expériences physiologiques précises, est là pour nous inspirer la persuasion, en voici un exemple :

Obs. VI. — Enfant rachitique de 4 ans. Il vient d'un pays marécageux, mais il n'a jamais été malade. Depuis deux mois qu'il est arrivé à Constantinople (1895), une épidémie de scarlatine sévit dans cette ville. Mais il n'y a eu aucun cas de cette maladie dans la famille, ni dans le quartier qu'il habite. Un jour l'enfant urine un liquide noir. La mère alarmée m'appelle à la hâte. J'examine le petit malade, mais je ne trouve rien pour expliquer cette hématurie. Pas de fièvre, ni mal de gorge. Cependant en examinant attentivement la peau, je constate une légère desquamation surtout dans la paume des mains. Cela me porte à penser que l'enfant a eu une atteinte fruste de scarlatine. Au bout de quelques jours il souffre d'une fièvre de 39°, et de battements de cœur. A l'auscultation, je constate les signes d'une endocardite légère.

Ce garçon a guéri de son hématurie et de son endocardite au bout de trois semaines de traitement.

Le fait n'est pas rare et Trousseau en a déjà signalé quelques-uns. A rapprocher de ces cas, celui du professeur Dieulafoy. Un malade de son service, à la suite d'une angine infectieuse urine un liquide couleur chocolat, couleur malaga, comme l'appelle bien cet éloquent clinicien. Après analyse chimique, histologi-

que et clinique, il conclut qu'il ne s'agit point d'une néphrite, mais d'une hémorrhagie rénale simple, dûe probablement à l'action de l'agent infectieux constaté dans le pharynx du malade (1).

Il porte un pronostic bénin, et en effet le malade guérit en peu de jours.

V

Pour élucider une question obscure, il n'est point superflu de multiplier les exemples. En voici quelques-uns plus ou moins dissemblables dans la forme, mais parfaitement comparables quant au fond.

Obs. VII. — Homme de 45 ans, père de 8 enfants, tous en bonne santé. Un jour, quand il était en train de poser une dent artificielle, il ressent une irritation à la gorge, se met à tousser et à cracher du sang. Homme stoïque, il ne s'en soucie aucunement. Mais le sang vient à flot et on n'hésite plus à appeler le médecin. L'auscultation est difficile dans ces cas et on ne peut pas préciser ni localiser l'affection. Je lui donne de l'ipéca à dose rétractée et le lendemain après un vomissement de matières noirâtres, l'hémoptysie s'arrête. Depuis j'ai souvent examiné ce malade et je n'ai rien trouvé dans la poitrine pour expliquer l'origine de cette hémorrhagie. La guérison date de 6 ans. On n'a jamais constaté le bacille de Koch dans l'expectoration.

1. Clinique de l'Hôtel-Dieu, leçon du samedi, 1897-18898.

Obs. VIII. — Nous avons observé avec mon regretté ami Mabé un malade qui pendant deux ans ne présenta comme symptôme qu'une hémoptysie tenace, abondante et rebelle à la thérapeutique. C'est vers la fin de la maladie que nous avons pu constater les signes de ramollissement pulmonaire, auquel il ne tarda pas à succomber. Donc il était tuberculeux en réalité. Mais pourquoi plutôt cette forme hémorrhagique qu'une autre ? Nous n'en savons rien mais nous devons dire comme renseignement nécessaire que cet homme était depuis 25 ans, *visiteur ou estimateur d'opium*. Il souffrait souvent après ses visites, surtout lorsqu'elles étaient nombreuses et prolongées : il avait mal à la tête, engourdissement général, etc. Une fois à la suite d'une longue visite il est tombé malade et présenta une fièvre de 40° accompagnée de symptômes d'irritation cérébrale.

Le fait est que cet homme respirait beaucoup d'opium et était exposé de par sa profession aux poussières de laine, de cheviote, etc. Donc bronches surmenées, irritées par les poussières, poumon à vaso-moteurs fatigués, paralysés par l'opium, voilà le terrain préparé à souhait. Vient-il le bacille de Koch par hasard, ou un autre microbe, rien n'empêche, — bien au contraire, — de ce qu'ils y déterminent par leurs toxines un processus hémorrhagique. Ceci est une hypothèse, mais une hypothèse vraisemblable et dans l'impossibilité de réaliser tout expérimentalement, on est obligé d'admettre une hypothèse logique appuyée par les faits cliniques.

VI

Reprenons maintenant la question d'hématurie. Rien n'est plus curieux que ces hématuries observées dans le cours de la grossesse. C'est à M. le professeur Guyon que nous devons la connaissance de ces faits. En voici un (1) :

Une malade âgée de 35 ans a eu trois grossesses qui ont évolué normalement, mais le cours des deux dernières a été marqué par des hématuries abondantes. Pendant la seconde grossesse, la malade arrivée au huitième mois remarqua que ses urines étaient noires comme du café. Cet accident disparut sans laisser de traces et sans laisser d'albuminurie

Au cours de la troisième grossesse, dans le septième mois, l'hématurie reparut, accompagné cette fois de douleurs dans le rein droit. Cette hématurie disparut cependant et l'accouchement fut normal. Mais la malade nourrit son enfant et bientôt l'hématurie reparut de plus en plus abondante. La malade s'affaiblit progressivement et était exsangue quand elle entra à l'hôpital. On crut tout d'abord à l'existence d'un néoplasme et l'on fit cesser aussitôt l'allaitement : or, dès le soir même l'hémorrhagie cessa et n'a pas reparu depuis ce moment. Toutefois, en raison des douleurs et de l'inégalité apparente du rein, une intervention chirurgicale fut jugée utile et on dut rechercher s'il ne serait pas nécessaire d'enlever l'organe malade. M. Albarran fit l'opération et trouva le rein absolument normal. La sensation d'inégalité qu'on

1. *Leçon clinique* du 20 janvier 1897, à l'hôpital Necker.

avait perçue était dû au foie anormalement abaissé. L'opération a donc servi à faire reconnaître seulement qu'il n'y avait *aucune lésion*.

M. Guyon cite un autre cas dans lequel une jeune femme a eu deux hématuries pendant deux grossesses successives coïncidant avec une santé florissante. M. Guyon en a vu un troisième et entendu un quatrième de la part de M. Champetier de Ribes M. Bar aurait trouvé un cas semblable dans une revue italienne (Fridondani).

Donc la grossesse, état physiologique par sa nature, et devenant assez souvent pathogène, peut être compliquée d'une hématurie rénale. Or, il n'y a rien de plus suggestif que la comparaison résultant de cette autre complication commune, je veux dire l'éclampsie. N'est-ce pas qu'elle est engendrée par la mise en jeu de différents poisons fabriqués par l'organisme et non détruits par le foie, à cause de l'insuffisance de ce dernier organe, agissant particulièrement sur les reins fatigués pendant de longs mois? Cette insuffisance hépatique fait perdre au sang sa coagulabilité, comme il ressort des expériences de Delezenne (1) et le sang altéré peut facilement s'échapper par les organes dont la résistance est singulièrement affaiblie et on peut expliquer plutôt de cette manière que par la théorie mécanique seule, la genèse des hémorrhagies observées dans les maladies du foie.

1. Delezenne. *Action anticoagulante du foie sur le sang*, *Société de Biologie*, 1897.

Dans la série des hématuries dues à une toxine microbienne, citons celles observée dans l'infection thyphique. M. le Professeur Lépine a constaté dans ses expériences avec la toxine thyphique une forte congestion rénale, entre autres congestions et hémorrhagies viscérales. M. Guinon (1) a observé un enfant de 10 ans qui après avoir présenté le tableau d'un purpura accompagné *d'hématuries* abondantes, fit ensuite une fièvre thyphoïde. Nul doute que la toxine du bacille d'Eberth et non le bacille lui-même a été la cause de ces hémorrhagies, comme cela ressort des expériences de Rodet (2). M. Apert (3) nous conduit aux mêmes conclusions en ce qui concerne le purpura, n'ayant jamais rencontré les divers bacilles purpurogènes dans le sang des malades.

VII

Le diagnostic des hématuries rénales n'est pas très difficile. L'examen minutieux de la vessie, aidé si possible par la cystoscopie, la recherche microscopique des éléments du sang dans l'urine, les réactifs chimiques et les renseigements fournis par le malade, l'absence des signes physiques du côté du rein faciliteront la tâche du clinicien.

1. *Soc. méd. des hôpitaux*, 4 févr. 1898.
2. *Soc. de Biologie*, 16 juillet 1898.
3. *Thèse de Paris*, 1897.

Nous sommes loin d'admettre, malgré l'autorité de quelques maîtres, l'opération chirurgicale comme moyen de diagnostic, en la considérant comme inutile, sinon périlleuse.

Quant au pronostic, il est presque toujours bénin, sauf les cas exceptionnels, et jusqu'à présent je n'ai rencontré aucun cas d'hématurie sans lésion et suivi de mort.

La thérapeutique nous retiendra un peu plus longtemps.

VIII

En général quand un médecin est appelé chez un malade ayant une hémorrhagie, il pense avant tout à l'arrêter par les médicaments styptiques et vaso-constricteurs connus. Je crois que c'est un procédé fâcheux de traiter toutes les hémorrhagies, de la même manière. L'expérience nous montre déjà que nous échouons souvent avec cette médication, ce qui est facile à comprendre si on prend en considération les causes et les modalités multiples des différentes hémorrhagies.

La pratique démontre en effet que l'ipéca dans l'hémoptysie, les purgatifs salins légers et les irrigations méthodiques dans certaines hémorrhagies intestinales, le curetage suivi de grands lavages dans les métrorrhagies

agissent mieux et plus rapidement que les fameux hémostatiques comme l'ergot, les astringents, les opiacés, etc. Car la thérapeutique pathogénique consiste à enrayer le mal dans son origine, anéantir, si possible les causes essentielles de l'état morbide. Dans les hémorrhagies d'origine toxique ou infectieuse, le but de cette thérapeutique doit être: éliminer les produits nocifs formés et empêcher leur fabrication dans la mesure du possible.

Voilà pourquoi les moyens énumérés ci-dessus réussissent mieux que le groupe banal des hémostatiques ordinaires et pourquoi l'hématurie guérit aussi facilement avec un lavage continuel méthodique du système urinaire, comme le démontrent nos observations.

Rowsing, auteur connu par ses travaux en urologie, traite les infections et même la lithiase urinaire en faisant absorber à ses malades de grandes quantitées d'eau distillée. Nos observations concordent avec les siennes et prouvent que l'irrigation par une eau naturelle, eau légèrement alcaline dans l'espèce, peut arrêter l'hématurie, en nettoyant probablement la source de l'infection ou de l'intoxication. Ce lavage peut être secondé par d'autres procédés qui ont leur utilité particulière. Nous voulons parler de l'injection hypodermique de l'eau salée qui pourrait en même temps agir chez les malades épuisés comme un excellent tonique. Nous désirons aussi appeler l'attention sur les injections rectales de l'eau très chaude préconisées par M. le Pofesseur Tripier (de Lyon) contre les gastrorrhagies. C'est une méthode très rationnelle contre toute

hémorrhagie des viscères abdominaux, digne d'être répandue dans la pratique courante. L'action de ces irrigations est doublement utile, comme celle de l'injection salée, parce qu'elles agissent soit comme éliminatrice des toxiques, soit comme tonique du système vasomoteur.

Un des moyens les plus recommandés par les médecins allemands est la pratique hydrothérapique. V. Leyden, en particulier, prescrit dans des cas d'hématurie, des ablations froides dans un bain chaud.

Le repos au lit est indispensable, d'autant plus que l'hématurie survient souvent à la suite d'une fatigue.

Je crois que ces moyens suffisent largement pour arrêter une hématurie et on n'aura guère besoin de quelques nouveaux moyens, tels que l'injection de solution gélatinée, etc.

IX

Quelques mots sur ies indications de l'intervention chirurgicale. Dans la discussion importante qui a eu lieu, il y a deux ans, à la Société de médecine interne de Berlin, c'est seulement Nitze qui plaida en faveur de cette intervention. Senator la conseillait pour élucider le diagnostic dans le cas d'incertitude. Mais Klemperer qui avait provoqué la discussion par une communication très étudiée, se prononça absolument

contre cette intervention qu'il ne considère pas aussi simple qu'on le dit facilement.

Il ajoute que les observateurs ne démontrent pas suffisamn ent en quoi l'opération a été utile pour le diagnostic. En tout cas il déconseille l'acte chirurgical, puisque, dit-il, le traitement médical simple guérit parfaitement ces hématuries. Sénator lui-même reconnaît que l'albuminurie constatée dans un cas était la conséquence de l'opération.

De leur côté, Ewald, Mendelsohn, etc., ont vu des hématuriques guérir sans subir aucune opération chirurgicale. Quant à V. Leyden, il partage absolument l'avis de Klemperer.

En France, nous n'avons entendu jusqu'à présent que les chirurgiens parmi lesquels il s'est trouvé au moins un qui a opiné en faveur du traitement médical. On verra plus loin l'avis de M. Albarran qui a spécialement étudié la question dans une leçon magistrale (1).

A ce propos, nous ne pouvons pas nous empêcher de déclarer que la propagande du professeur Dieulafoy en faveur d'intervention chirurgicale dans l'hématémèse, comme dans beaucoup d'autres maladies médicales, nous paraît singulière. D'après l'éminent médecin de l'Hôtel-Dieu, lorsqu'on est en présence d'une forte hématémèse qui a tendance à répéter, il faut ouvrir l'estomac. Mais serait-ce vraiment si aisé que cela de diagnostiquer la nature d'une hématémèse ?

1. *Annales des maladies génito-urinaires*, 1898, pages 449-473.

On a depuis longtemps démontré que cette hémorrhagie pouvait avoir lieu dans l'estomac sain, du moins ne présentant aucune lésion macroscopique. On connaît bien l'hématémèse hystérique (Kohen, Klempeur, etc.), l'hématémèse protubérantielle (Brown-Séquard), ainsi de suite. Comment oser prendre le couteau dans l'incertitude de diagnostic, d'autant plus que l'intervention de ce genre n'est pas ex mpte de danger, comme cela ressort des faits mêmes relatés par M. Dieulafoy. C'es t vraiment une idée erronée que de chercher la cause d'une hémorrhagie autant que d'une foule d'autres processus morbides dans une lésion anatomique. Et les viciations ou les altérations du dynamisme, des phénomènes multiples, biologiques, physiques, chimiques, mécaniques, etc., sont donc pour rien ? Pour en avoir une idée, on n'a qu'à consulter un peu les recherches des savants modernes, si bien mises en lumière par le professeur Charrin dans ses leçons du Collége de France.

Donc, quant à cette question d'hémathèmèse — entre parenthèse — je crois qu'on devrait plutôt essayer l'irrigation chaude de Tripier, l'injection d'eau salée, l'introduction de solution gélatinée. Ce dernier procédé a déjà donné un joli succès à Poliakov (de Moscou) (1). On voit bien qu'avant d'avoir recours au bistouri, nous avons encore beaucoup de moyens à mettre en œuvre.

1. *Sem. méd.* n° 40 — 1898.

X

Il est indéniable que la *néphrotomie* a donné des résultats très encourageants dans le traitement de grandes hématuries rénales. Je ne discuterai pas ici ses indications, mais je veux consacrer un mot à son mode d'action. Pour quelques auteurs qui croient à la nature hystérique ou névropathique de ces hémorrhagies, elle agirait par une suggestion ou par un choc nerveux utile. Pour ceux qui admettent la nature congestive de ces hématuries, ce serait par la décongestion directe de l'organe saignant.

Quant à nous, nous croyons plus rationnel de supposer que l'élimination par la fente rénale, et par le sang des toxines d'une part, et leur oxydation en contact de l'air libre d'autre part, devraient être considérées la manière d'agir de l'opération chirurgicale. En somme, c'est absolument comparable à ce qui se passe à la suite d'une laparotomie simple dans la péritonite tuberculeuse.

Nous n'avons pas grand chose à dire sur le *traitement général*.

Puisque nous croyons avoir démontré que le terrain jouait un rôle considérable, il faut tâcher de le modifier autant que faire se peut. Si le malade est un rachitique, administrer les sels de chaux et les chlorures pour compenser la perte de l'organisme dans ces substances, activer l'oxydation ralentie que le chiffre peu

élevé des sulfates et des phénolsulfates nous indique par les divers moyens, par l'oxygène, l'aérothérapie, les strychnés, les arsénicaux, le massage, l'hydrothérapie, etc. Il vaudrait mieux de puiser dans la nature même les sels que l'on veut administrer, comme le préconisent les élèves de Bouchard, dans les céréales, par exemple d'après l'expérience de Springer, dans les eaux minérales calci-ferrugineuses comme nous venons de l'indiquer.

CONCLUSIONS

1° Il existe une forme d'hématurie dite essentielle, dans laquelle le rein ne présente aucune altération anatomique.

2° Différents états dyscrasiques, en particulier, *le rachitisme*, et probablement l'hérédo-syphilis et l'hérédo-tuberculose, l'arthritisme enfin tout état non-physiologique dû au ralentissement de la nutrition, tel que le comprend l'école de Bouchard, préparent le système rénal à ces hémorrhagies.

3° A l'heure actuelle, il n'y a que l'hypothèse d'une infection ou plutôt d'une intoxication pour expliquer ces hémorrhagies, hypothèse basée sur les faits cliniques et expérimentaux relatés précédemment.

4° Le diagnostic de ces hématuries n'est pas difficile grâce aux moyens d'investigations connus. Le pronostic est toujours bénin.

5° La thérapeutique doit envisager α l'élimination des toxines par l'administration de grandes quantités de liquides (eau distillée, eau légèrement alcaline ou eau lactosée), par la voie gastrique ou par l'irrigation chaude intestinale ou même par l'injection d'eau saline par voie hypodermique. β la neutralisation des mêmes toxines par leur oxydation dont les moyens sont indiqués plus haut.

Enfin éviter autant que possible les narcotiques, les styptiques et les vaso-constricteurs.

La néphrotomie ou toute autre opération chirurgicale doivent être considérées comme des moyens ultimes.

LETTRE DE M. LE Dr ALBARRAN

Monsieur et cher confrère,

Vous me faites l'honneur de me demander mon opinion sur les hématuries essentielles et sur les conclusions de votre étude. Je suis fort embarrassé pour vous répondre par la simple raison que les observations jusqu'à ce jour publiées sont par trop incomplètes pour qu'on puisse dégager de leur étude une opinion raisonnée. Je vous sais gré de nous fournir des matériaux cliniques nouveaux et intéressants et je pense avec vous que les poisons microbiens ou autres, jouent un rôle important dans la production d'un certain nombre de ces hématuries dites essentielles. Mais si votre hypothèse jette un jour nouveau sur cet obscur problème, il faut convenir qu'elle ne suffit point à le résoudre.

Hématurie essentielle est une mauvaise dénomination qui dissimule mal notre ignorance. Il est inexact aussi de dire que dans ces hématuries il n'y a pas de lésion rénale : j'ai soumis à une critique sévère, à ce point de vue, toutes les observations publiées et je n'en ai trouvé qu'une, celle de Schede, dans laquelle un examen irréprochable du rein, n'ait révélé aucune lésion du viscère. C'est en étudiant les cas publiés et mes pro-

pres observations que j'ai pu distraire du groupe disparate des hématuries dites essentielles différentes hémorrhagies rénales dont les causes, grossières pourtant avaient passé inaperçues; telles les hématuries dans les rétentions rénales, dans les reins mobiles, dans certaines néphrites chroniques, non diagnostiquées. On peut conclure que l'étude attentive des observations et surtout l'examen anatomo-pathologique soigneux du rein hématurique devrait dans l'avenir porter quelque clarté sur l'obscurité de ce problème.

La grande majorité des hématuries rénales me paraît être de *nature congestive* : dans ce grand groupe je comprends tous les saignements du rein qui vont de la simple blennorrhagie diapédétique, des néphrites chroniques vulgaires, jusqu'aux énormes hématuries de certains cancers, de la tuberculose et de la lithiase. Je crois avoir démontré en effet que dans le cancer ou la tuberculose du rein l'hématurie est souvent due à la dilatation congestive et non la rupture des vaisseaux par envahissement du processus morbide. C'est ainsi que dans le calcul du rein la congestion joue un plus grand rôle que la déchirure mécanique des vaisseaux. C'est encore au processus congestif que je crois devoir attribuer les hématuries des rétentions rénales et du rein mobile. Mais il ne suffit pas de dire qu'il y a congestion ou il ne suffit pas de dire qu'il y a congestion du rein, que cette congestion aboutit à l'exagération du processus physiologique de la diapédèse ou qu'elle amène la déchirure des capillaires pour prétendre avoir résolu le problème. Il faudrait savoir encore

quel rôle respectif jouent, au cours de ces processus le système nerveux d'un côté, les altérations du sang de l'autre. Si nous considérons par exemple, le cas d'une hématurie dans une néphrite nous devons reconnaître que la congestion, l'hémorrhagie ne représentent dans la maladie qu'un épisode, la lésion rénale elle-même que nous constatons joue sans doute un rôle dans la production de l'hémorrhagie, mais elle peut lui être simplement associée sans en être la cause directe. Cette lésion peut en effet succéder à l'élimination des toxines qui présentent la véritable cause de l'hémorrhagie qu'elles ont provoquée par l'altération directe du sang et des vaisseaux ou par l'intermédiaire du système nerveux. On voit par là toute la complexité du problème. Il y a des cas plus simples dans lesquels la congestion d'origine mécanique aboutit au saignement du rein, telles les hématuries du rein mobile ou des rétentions rénales.

Je crois, en somme qu'on peut supposer aux néphrorrhagies plusieurs modes pathogéniques :

1° *Effraction directe* des vaisseaux sanguins (traumatismes, certains cancers, certains cas de tuberculose et de lithiase).

2° *Congestion mécanique* (rein mobile, uronéphrose).

3° *Altération du sang* (poison extérieur, toxines microbiennes, ou auto-intoxication), le mode d'action est complexe et peu connu, car il faut compter avec les modifications du sang lui-même, avec les altérations

secondaires des vaisseaux et avec les troubles du système nerveux *dynamiques ou lésionnels.*

4° *Altération du système nerveux*, groupe encore peu connu qui pourrait comprendre certaines hématuries dues à des lésions centrales, quelques rares hématuries réflexes et les hématuries hystériques.

Suivant les cas ces modes pathogéniques agissent seuls ou associés comme dans l'exemple cité plus haut des néphrites, comme dans certains néoplasmes ou tubercules corticaux à l'hémorrhagies profuses, sans qu'il nous soit possible aujourd'hui d'analyser ce qui revient à chacun d'eux.

Les lésions rénales peuvent être suivant les cas légères, minimes ou fort importantes, elles peuvent être dûes à la cause même qui provoque l'hématurie ou contribuer par elles-mêmes secondairement aux altérations du sang ou du système nerveux qui détermineront ensuite le saignement.

Dans presque tous les cas entre la lésion locale, l'altération sanguine ou nerveuse et l'hématurie, l'intermédiaire obligé est la congestion rénale. Ainsi s'explique l'action remarquable de l'intervention chirurgicale dans nombre de cas très obscurs. Les malades ont été guéris d'hématuries, par la simple incision des parties molles et l'exploration extérieure du rein : on ne peut invoquer dans ces cas que la décongestion déterminée par le saignement de la plaie et la mise en jeu reflexe du système nerveux. La néphrotomie elle-même paraît agir de la même manière. A ce point de vue thérapeutique l'intervention chirurgicale me pa-

raît justifiée toutes les fois que l'hématurie rénale est unilatérale et que en cas d'hésitation diagnostique on est en droit de penser à l'existence d'un petit néoplasme. L'exploration du rein, l'incision du parenchime ne présentent aucun danger et l'expérience démontre leur utitité dans les hématuries des néphrites choniques et sur certains cas mal définis. Avec l'expectation on risque de laisser évoluer une lésion mortelle qui prise au début eût été aisément opérée avec succès. Je repousse absolument la nephrectomie dans les néphrites et dans tous les autres cas : l'extirpation du rein n'est justifiée que dans certains cas de tuberculose et de néoplasme.

Voilà, mon cher confrère, les quelques réflexions que m'a suggérées la lecture de l'intéressant mémoire que vous avez eu l'amabilité de me faire tenir. Je termine en vous adressant l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

J. Albarran.

Paris, janvier 1899.

RÉFLEXIONS DE L'AUTEUR

Un lecteur peu attentif croirait au premier abord qu'il y a contradiction entre M. Albarran et moi. Loin de là, nous sommes parfaitement d'accord avec l'éminent urologiste. Je ne nie pas qu'il y a des hématuries qui peuvent être rattachées à une lésion plus ou moins importante des reins. Mais on ne peut guère mettre en doute les observations des maîtres comme V. Leyden, Klemperer, Senator, etc., dans lesquelles aucune lésion n'a été constatée. M. Albarran dit avoir prouvé que dans un grand nombre de cas, l'examen minutieux a pu montrer l'existence d'une lésion. Mais cette allégation ne peut pas être appliquée à tous les cas étudiés avec le soin voulu. D'autre part, on ne nous dit pas pourquoi une néphrite ici parenchymateuse, ailleurs interstitielle, dans un cas minime, dans un autre cas énorme, peuvent donner lieu à un même syndrôme. Nous savons qu'il y a des néphrites ou dégénérescences rénales très étendues, totales parfois, qui ne présentent jamais dans leur cours plus ou moins long le symptôme hématurie. Par contre, ces mêmes néphrites peuvent déterminer une hémorrhagie dans un autre organe, à savoir : une hémoptysie, une hématémèse, une métrorrhagie, etc.

Force nous est donc à admettre une cause plus générale, laquelle ne peut être que l'infection ou l'intoxication, et les causes locales telles que nous l'avons

dit à propos d'affaiblissement de vitalité des organes en question.

Nous savons depuis longtemps que l'anomalie anatomique n'est pas indispensable pour produire un état morbide et que les troubles physiques, chimiques, physiologiques, en l'absence de toute altération anatomique sont suffisants pour provoquer un état pathologique. Il nous suffit de citer l'exemple de diabète qui peut résulter d'une lésion anatomique, d'un trouble physiologique ou d'une altération chimique. Et entre parenthèse, ceci suffit à expliquer l'inanité de certaines prétentions des thérapeutes qui veulent combattre ce syndrôme par un même agent thérapeutique.

Pour en revenir aux hématuries, je dirai que je n'ai envisagé dans ce petit travail que *les hématuries sans lésion anatomique*. Rien que la guérison spontanée et définitive justifierait à mon sens cette appellation. Du reste, M. Albarran veut bien accepter la théorie avancée par moi. C'est aux expérimentateurs et aux cliniciens de la vérifier ultérieurement avec l'exactitude désirée.

Je rends hommage à ce maître de l'Ecole Necker pour avoir largement contribué à la pathogénie vraiment scientifique d'une question aussi délicate et aussi obscure

Au moment de l'impression de cet ouvrage, M. Noury, interne à l'hôpital Péan, veut bien me communiquer très obligeamment deux observations très intéressantes. Dans l'une il s'agit d'une hématurie survenue 45 jours environ après la terminaison d'un purpura infec-

tieux quand le malade paraissait avoir complètement guéri de sa maladie. Je ne rapporterai pas ici cette observation, des cas pareils étant déjà publiés par d'autres observateurs. Mais la seconde est tout à fait démonstrative pour la thèse que je soutiens, en ce sens que l'hématurie est le seul symptôme qui domine la scène et elle paraît être due très probablement à une intoxication par les poisons d'amphithéâtre.

En voici le résumé :

M. J. ., 22 ans, interne des hôpitaux et prosecteur à l'École de Nantes, est un jeune homme d'une constitution peu robuste, mais n'ayant jamais fait de maladie antérieure et se portant habituellement bien.

Son travail est énorme, car outre un service de chirurgie très chargé, il a la fonction de prosecteur et il est obligé de travailler chaque jour à l'amphithéâtre, de 1 à 4 heures de l'après-midi.

Dans le courant de l'été de 1897, un jour, excessivement fatigué, sans qu'il présente aucun autre trouble, il est pris d'une *hématurie* abondante, suivie de plusieurs autres le lendemain.

L'urine examinée, présente les caractères d'une hématurie rénale, avec une notable quantité d'albumine.

Comme traitement : Repos, air de la mer, régime lacté. Le malade a complètement guéri et est actuellement interne dans les hôpitaux de Paris.

Je crois que cette observation prise par un homme de l'art a l'équivalent d'une démonstration expérimentale. Voilà pourquoi je n'ai pas pu résister au plaisir de la citer après l'impression de mon mémoire.

BIBLIOGRAPHIE

A. Sabatier. Revue de Chirurgie (1889, page 62).

M. Schede. Jahrb. Hambourg Stadt Krankhaus, 1889, page 13.

Senator. Berlin. Klin. Woch. 1891, page 1.

Passet. Centralbl. f. die Krank. der Harn. und Sexual-Organ, 1894, page 397.

Broca. Annales des maladies des org génito-urin, 1893 page 881.

Israel. Archiv für Klin. Chir. 1894, page 429.

Picqué et Reblaud. Congrès français de Chir. 1891.

Marfan. Leçon clinique, 1896, janv. 26 (H. des Enf. malades).

Klemperer. V. Leyden, Mendelsohn. Nitze, Senator, Ewald.

Furbringer. Renvers, Mankievicz, Gottshalk, Goldscheider. Discussion à la Société de médecine intern. de Berlin, 30 nov. 1896.

Guyon. Journ. de Méd. et de Chir. pratique, 10 févr. 1897.

Hamel. Thèse de Paris, 1897 n° 432.

Albarran. Diagnostic des hématuries rénales. Leçon clin. à l'hôpit. Necker, in Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1898, page 449-473.

Société de Chirurgie de Paris. Discussion sur le même sujet, 1898.

Congrès de Chirurgie, 1898, oct. Picqué, Demons, etc.

QUELQUES TRAVAUX DE L'AUTEUR

UROLOGIE

1° Observation du premier cas d'albuminurie dûe à l'usage interne du mercure (Bull. de la Société de Thérap., 1890).

2° Un cas de mucinurie dans le cours de la Maladie d'Addison (cas unique publié jusqu'à présent, comparable à celui de V. Jacksch.). Méd. mod. 1897.

3° Syndrôme clinique et urologique, en collaboration avec M. Pierre Marie (Soc. méd. Hôp., 1897).

4° Recherche et signification clinique de la présence du lévulose dans l'urine (17 sept. 98. Presse méd.).

THÉRAPEUTIQUE

1° Action de l'ext. de tabac sur la chienne pleine, expérience physiol. Bull. de la Soc. de Méd. Prat., 1888.

2° Effets physiologiques et thérapeutiques du tumbéki. Comptes rendus du Congrès international de Thérap., 1889.

3° Hémianasarque consécutif à l'emploi de Thériaque à haute dose. Bull. de la Soc. de Thérap., 1895.

4° Traitement du cancer d'après la méthode de Denisenko, *ibid*, 1896.

5° Traitement de la syphilis par sudation et fumigation mercurielle, 1896.

6° Traitement de l'infection puerpérale, chez H. Jouve, 1897.

JOUVE et BOYER, Imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris